



香港肌健協會有限公司

入會申請表

本會是一個專為肌肉萎縮症患者及家屬提供資訊及社區復康服務，強調自助互助及病人權益的非牟利自助組織。宗旨是致力促進及提高肌肉萎縮症患者的生活質素，並且團結力量創造有利的社會環境。

如在填寫表格時有任何疑問，歡迎聯絡本會。

通訊地址：九龍橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡

電話 2338 4123 傳真：2338 2410 電郵：hknmda@netvigator.com

會員資格：凡 成年肌肉萎縮症患者 及 其直系家屬(父母、夫妻或子女) 均可申請成為會員
本人是 患者 家屬，現申請加入香港肌健協會，成為 會員 永久會員*

申請人姓名：_____ (中) _____ (英)

出生日期：_____ 性別：_____ 身份証號碼：_____

地址：_____

電話：(住) _____ (辦) _____ (傳真) _____

手提電話：_____ 電子郵箱：_____

患者/患病親屬資料 姓名：_____ (中) _____ (英)

出生日期：_____ 性別：_____ 身份証號碼：_____

地址：_____

- 病類**：
- 運動神經細胞疾病 (Motor Neuron Disease, MND)
 - 脊髓肌肉萎縮症 (Spinal Muscular Atrophy, SMA)
 - 肌肉營養不良症 (Muscular Dystrophy, MD)
 - 多發性硬化症 (Multiple Sclerosis, MS)
 - 小腦萎縮症 (Spinocerebellar Ataxia, SCA)
 - 其他神經—肌肉疾病 (others) 請註明：_____

監護人 (適用於未成年申請人) **聯絡人** (適用於成年申請人親友)

姓名：_____ 電話：_____ 與申請人關係：_____

地址：_____

* **會費：**永久會員\$200；普通會員每年收費\$20。費用請以劃線支票支付，抬頭寫「香港肌健協會有限公司」，或存入匯豐銀行戶口 078-353133-838，並把支票或入數紙連同表格寄回(請勿郵寄現金，入數紙請影印留副本)。

本會財政年度始於四月一日，於年度中入會者需繳交全年會費。於年度尾(一月一日以後)入會者，可獲該年度及下一年度全年會籍。

** **病類：**請出示有關病類醫生證明文件

患者現況(只適用於會員填寫)

患者病發年份：_____ 覆診地點／醫院：_____

發病前職業：_____ 目前就業情況：_____

是否有其他親人患有肌肉萎縮症： 是(請說明_____) 否

患者健康情況(可選擇多項)：

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 容易跌倒 | <input type="checkbox"/> 不能步行 | <input type="checkbox"/> 雙手不能舉高／屈後 |
| <input type="checkbox"/> 談話發音不清 | <input type="checkbox"/> 吞嚥困難 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 咳嗽困難 | <input type="checkbox"/> 關節／肌肉痛楚 |
| <input type="checkbox"/> 情緒低落／不穩 | <input type="checkbox"/> 皮膚敏感 | <input type="checkbox"/> 唾液過多／過少 |
| <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 | <input type="checkbox"/> 頸項無力 | <input type="checkbox"/> 智力受阻 |

其他(請註明：_____)

活動情況：

自己步行 別人攙扶下步行 助行器 輪椅 電動輪椅

患者正使用復康用具種類：

手杖 手推輪椅 電動輪椅 扶助架 大便椅 呼吸器 溝通儀器

其他(請註明：_____)

患者有興趣參予下列那幾項活動：

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自助復康課程 | <input type="checkbox"/> 聚會 | <input type="checkbox"/> 社交康樂活動 |
| <input type="checkbox"/> 醫療健康講座 | <input type="checkbox"/> 關懷探訪 | <input type="checkbox"/> 社會政策關注 |
| <input type="checkbox"/> 心理輔導小組 | <input type="checkbox"/> 照顧技巧訓練 | <input type="checkbox"/> 通訊出版工作 |

其他(請註明：_____)

技能：

電腦 寫作 關懷 人際溝通 組織活動

其他(請註明：_____)

患者如參加活動，是否需要復康巴接送：

是(請列明上車地點：_____) 否

患者現在是否領取綜合社會保障：

是(綜援檔案編號：_____) 否

- 條款：
- 會員資料只用於與機構職能及活動直接有關的項目上
 - 本人同意協會之代表就關於協會工作及活動聯絡本人；未成年會員之一切有關於選舉之權利 將由其登記的監護人代行
 - 本人明白協會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章
 - 入會申請須經理事會審議及批准，會籍方行生效

申請人 / 監護人簽署：_____ 日期：_____